Deutscher Bundestag **Drucksache 16/6081**

16. Wahlperiode 13. 07. 2007

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, Roland Claus, Katja Kipping, Dr. Gesine Lötzsch, Diana Golze, Katrin Kunert, Elke Reinke, Volker Schneider (Saarbrücken), Dr. Ilja Seifert und der Fraktion DIE LINKE.

Situation der Medizinischen Versorgungszentren

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, wurde die Möglichkeit eröffnet, Medizinische Versorgungszentren (MVZen) zu errichten. MVZen dürfen von allen Leistungserbringern, die zur Versorgung zugelassen sind (also Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser etc.), gegründet werden und können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Meist sind Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser die Gesellschafter.

Ein Medizinisches Versorgungszentrum fasst mehrere Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach zusammen. Es ist ärztlich geleitet; die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte können sowohl selbständig als auch angestellt tätig sein.

Bereits in der DDR gab es mit den Polikliniken ähnliche Einrichtungen. Nach dem Beitritt der DDR zur BRD wurden sie jedoch recht schnell zum größten Teil abgeschafft. Auch damals waren die Vorzüge dieser Versorgungsform bekannt.

Polikliniken hatten für Patientinnen und Patienten den Vorteil, dass sie bei Überweisungen zu einem anderen Facharzt keine weiten Wege hatten. In dieser fachübergreifenden Arbeit lag auch der Unterschied zu Gemeinschaftspraxen. Die Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen war einfach möglich. Teuere Investitionen, etwa in Apparate, konnten gemeinsam genutzt werden.

Diese konzeptuellen Vorteile der Polikliniken gegenüber Einzelarztpraxen sollen nun unter veränderten Bedingungen in MVZen wieder genutzt werden. Das unternehmerische Risiko fällt für die angestellten Ärztinnen und Ärzte weg. Diese haben die Möglichkeit, sich auf die medizinische Behandlung statt auf die betriebswirtschaftliche Verantwortung zu konzentrieren.

Die beschriebenen Vorteile sind offensichtlich nur dann zu realisieren, wenn ein MVZ eine gewisse Größe erreicht und Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen kooperieren. Gesetzlich ist jedoch nur eine Mindestgröße von zwei Ärztinnen bzw. Ärzten verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen vorgeschrieben. Die durchschnittliche Größe eines MVZ beträgt jedoch lediglich 4 Ärztinnen bzw. Ärzte.

Die Verbesserung der Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor war das ausdrückliche und lobenswerte Ziel der Zulassung von MVZen. Es muss beobachtet werden, ob auch Kliniken, insbesondere Know-how- und kapi-

talstarke Klinikketten, die Chance nutzen, MVZen zu eröffnen, um die Lotsenfunktion der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte für bevorzugte Einweisungen in ihre Kliniken einzusetzen. Dies wäre eine unerwünschte Verzerrung des Wettbewerbes.

In den letzten Jahren wuchs die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren ständig: Anfang 2005 gab es 121 MVZen, Anfang 2006 waren es bereits 420 und Anfang 2007 sind es 733. Unter der Regie von Krankenhäusern sind davon 232 MVZen. 332 MVZen laufen unter der Rechtsform einer GbR, 287 als GmbH. Es finden sich immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte in den MVZen (1940) im Vergleich zu den Vertragsärzten (994). In MVZen, die von einem Krankenhaus gegründet wurden, arbeiten fast ausschließlich angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele MVZen gibt es derzeit aufgeschlüsselt nach Bundesländern und wie hoch ist die Dichte pro 100 000 Einwohner?
2. Wie viele MVZen existieren, deren Träger nicht Krankenhäuser oder Ärztinnen und Ärzte sind, und welche Träger sind dies?
3. Wie viele MVZen haben andere Rechtsformen als GbR und GmbH und welche?
4. Wie viele MVZen mit jeweils wie vielen unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen bzw. Schwerpunktbezeichnungen gibt es (aufgeschlüsselt nach zwei, drei, vier, fünf, sechs und mehr Fachrichtungen bzw. Schwerpunktbezeichnungen)?
5. Wie viele MVZen mit jeweils wie vielen Ärztinnen und Ärzten gibt es (aufgeschlüsselt nach 2, 3, 4, 5 bis 6, 7 bis 10, 10 bis 20, über 20 Ärztinnen und Ärzte)?
6. Wie beurteilt die Bundesregierung die in den Antworten zu Frage 4 und 5 gegebenen Daten in Bezug auf die Idee der MVZen, möglichst verschiedene Fachrichtungen und eine größere Anzahl an Ärztinnen und Ärzten unter einem Dach zusammenzufassen?
7. Wie viele MVZen haben bereits wieder geschlossen (aufgeschlüsselt nach 2004, 2005, 2006 und 2007)?
8. Liegen der Bundesregierung Evaluationen über die Versorgungsqualität in den MVZen, beispielsweise auch im Vergleich zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, vor?
9. Liegen der Bundesregierung Evaluationen über die Behandlungseffizienz in den MVZen im Vergleich zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor?
10. In welcher Höhe erhalten MVZen und niedergelasse Ärztinnen und Ärzte finanzielle Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung?
11. Ist durch die Gründung von MVZen eine Veränderung der insgesamt im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte in den einzelnen Planungsbereichen zu verzeichnen?
12. Wird durch das VÄndG die Wettbewerbssituation der Vertragsärzte gegenüber den MVZen durch Liberalisierung gestärkt, und ist seit Inkrafttreten ein Rückgang der Neugründungen von MVZen zu verzeichnen?
13. Wie viele MVZen existieren in Landkreisen/Planungsbereichen mit einer Einwohnerdichte bis 150 Einwohner pro Quadratkilometer, und wie viele Einwohner leben in dem entsprechenden Gebiet?

14. Gibt es Erkenntnisse darüber, ob sich durch die Konzentration von Arztsitzen, wie es durch die MVZen erfolgt, zu längeren Anfahrten bei der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung kommt?
15. Wie viele Fälle von Mehrbesitz gibt es bei den MVZen?
16. In wie viel Prozent der Fälle besteht eine räumliche und/oder personelle Zusammenarbeit zwischen den MVZen und einem Krankenhaus vor Ort?
17. Wie viele MVZen sind in der Trägerschaft der vier großen Klinikketten (Rhön, Helios, Asklepios oder Sana)?
18. Sieht die Bundesregierung die Gefahr eines Einbruches von kapitalstarken Klinikketten in der Versorgungslandschaft?
19. Welche Auswirkungen sieht die Bundesregierung hinsichtlich der Verfügungsgewalt der Klinikketten-MVZen über die Klinikeinweisungen aus dem eigenen ambulanten Sektor, und inwiefern sieht die Regierung die Notwendigkeit, hier tätig zu werden?

Berlin, den 11. Juli 2007

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333